

Incontinência Urinária e as particularidades de tratamentos dentro das diversas especialidades médicas

RESUMO | A incontinência urinária, perda involuntária de urina, é uma condição da saúde que acomete homens e mulheres – em grande ou pequena escala – de qualquer idade, globalmente, dependendo do grau e outros fatores físicos, psíquicos e emocionais dos seres humanos. A incontinência pode ocorrer em homens e mulheres, em qualquer idade, mas é mais comum entre as mulheres e idosos, embora a incontinência seja mais comum entre os idosos, não é uma parte normal do envelhecimento. É um tema bastante latente na vida das pessoas e esse trabalho apresenta as mais variadas tipologias da incontinência, possíveis metodologias de tratamento, com viés menos invasivos, e como ele deve ser tratado no dia-a-dia das pessoas. Neste artigo é possível analisar também o quanto as pessoas conhecem do assunto e a qual especialista elas atribuem o conhecimento ao tratamento. São trabalhados os tipos, sintomas, consequências, tratamentos e recomendações. A discussão foi embasada numa pesquisa IBOPE sobre qual é a visão das pessoas comuns com relação à incontinência urinária. Vale ressaltar que a pesquisa não é randomizada nem acadêmica, mas serviu de apoio para que os assuntos fossem trabalhados de maneira abrangente e plausível pelas mais diversas áreas da saúde. O objetivo deste trabalho é trazer a percepção do que é vivido dentro das clínicas médicas, no dia-a-dia de um hospital, para facilitar o acesso à informação dos pacientes e familiares sobre o tratamento e cuidados com a saúde miccional. Então essa pesquisa traz alguns números interessantes que norteiam o tema.

ABSTRACT | Urinary incontinence, an involuntary loss of urine, is a health condition that affects men and women - large or small - at any age, globally, depending on the degree and other physical, psychological and emotional factors of human beings. Incontinence can occur in men and women, at any age, but it is more common among women and the elderly, although incontinence is more common among the elderly, it is not a normal part of aging. It is a very latent theme in people's lives and this work presents the most varied types of incontinence, possible treatment methodologies, with less invasive bias, and how it should be treated in people's daily lives. In this article it is also possible to analyze how much people know about the subject and to which specialist they attribute the knowledge to the treatment. The types, symptoms, consequences, treatments and recommendations are worked on. The discussion was based on an IBOPE survey on what is the view of ordinary people with regard to urinary incontinence. It is worth mentioning that the research is neither randomized nor academic, but it served as support for the subjects to be worked in a comprehensive and plausible way by the most diverse areas of health. The objective of this work is to bring the perception of what is experienced within medical clinics, in the day-to-day of a hospital, to facilitate access to information of patients and family members about the treatment and care of voiding health. So this research brings some interesting numbers that guide the theme.

RESUMEN | La incontinencia urinaria es una pierda involuntária de orina, es una condición de salud que ataca a hombres y mujeres en gran o pequeña escala de cualquier edad, a nivel mundial, dependiendo del grado y otros factores físicos, psíquicos y emocionales de los seres humanos. La incontinencia urinaria puede ocurrir en hombres y mujeres en cualquier edad, pero es más normal entre mujeres y ancianos, aunque la incontinencia sea más habitual entre los ancianos, no es una parte normal del envejecimiento. Es un asunto bastante oculto en la vida de las personas y ese trabajo presenta las más diversas tipologias de la incontinencia, posibles metodologias de tratamiento, de manera menos invasiva, y como el debe ser tratado en día a día de las personas. En esto artículo es posible analizar también lo cuanto las personas conocen de tema y a cual especialista ellas acusan el conocimiento del tratamiento son trabajados los tipos, indicios, consecuencia, tratamientos y recomendaciones. La discusión fue fundamentada en una pesquisa IBOPE sobre cual es la visión de las personas normales con relación a la incontinencia urinaria. Vale resaltar todavía, que la pesquisa no es aleatória tampoco acadêmica pero servió de apoyo para que los temas fuesen trabajados de manera ampla y plausible por las más diversas áreas de la salud. El objetivo desto trabajo es traer la percepción de lo que es vivido adentro de las clinicas medicas para así facultar el aceso a lá información de los pacientes y familiares sobre el tratamiento y atenciones Con la salud miccional. Entoces esa pesquisa trae algunos números de interés que conduziran el tema.

Dra Aparecida Maria Pacetta

Sub-chefe do Setor de Uroginecologia e Disfunções do Assoalho Pélvico da disciplina de Ginecologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; Assistente Doutora da Clínica Ginecológica do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; Doutorado em Ginecologia pela Faculdade de Medicina da USP; Colaboradora do Centro de Medicina Integrativa Mente-Corpo FMUSP e Pós-graduada em Bases da Medicina Integrativa pelo Instituto Israelita de Ensino e Pesquisa Hospital Israelita Albert Einstein, de São Paulo.

Dra Claudia Hacad

Fisioterapeuta; mestre em Ciências da Saúde pela Unifesp; doutoranda em Ciências da Reabilitação pela Faculdade de Medicina da USP; Especialista em Biofeedback nas disfunções pélvicas pela BCIA – USA e Fisioterapeuta da Divisão de Fisioterapia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP.

Prof. Dr. Cristiano Mendes Gomes

Professor Docente de Urologia da Faculdade de Medicina da USP; Urologista do Setor de Disfunções Miccionais da Faculdade de Medicina da USP, Fellow em Urologia pela Universidade da Pensilvânia; Chefe do Departamento de Disfunções Miccionais da Sociedade Brasileira de Urologia, Doutor em Urologia pela Universidade de São Paulo, na USP. Orientador do Programa de pós-graduação em Urologia FMUSP. Atua na divisão de Urologia no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina, com ênfase em disfunções miccionais, atuando principalmente nos temas da incontinência urinária, bexiga neurogênica, cirurgia reconstrutiva, hiperplasia prostática benigna e disfunções sexuais.

Prof. Dr. Fábio Leonel

Médico Clínico-Geral, Geriatra e Paliativista; Coordenador do Núcleo de Assistência Domiciliar Interdisciplinar do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP; Médico Assistente do Serviço de Geriatria da Faculdade de Medicina da USP; Médico Assistente do Serviço de Clínica-Médica do HSPE - Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo – IAMSPE; Coordenador da residência médica do HSPE – IAMSPE.

A pesquisa realizada, mesmo sem caráter acadêmico, traz um panorama sobre a percepção das pessoas em relação à incontinência urinária, que está muito aquém do ideal, pois muitos fatores influenciam no diagnóstico da doença.

A incontinência urinária gera alguns desconfortos sociais, por vezes, prejuízo profissional e psíquico ao paciente. Além disso, os efeitos psicológicos são preocupantes, pois interferem na qualidade de vida, podendo acarretar depressão e influenciar na vida sexual por gerar desconforto para o paciente.

Os sintomas afetam o trabalho e a autoestima, uma vez que a doença impõe restrições de convivência ao limitar as atividades por conta da incapacidade de conter a urina. Porém, como a maioria desses problemas não é incapacitante, muitas pessoas não procuram um médico e acreditam ser uma consequência natural da idade.

É importante que homens e mulheres, que sofrem da doença, procurem seus médicos – urologistas e ginecologistas – para um diagnóstico correto, que vai depender das informações e características da patologia.

Para direcionar este estudo, foram entrevistadas duas mil pessoas, um público formado por 52% de mulheres e 48% de homens; 50% das pessoas são do sudeste, 17% do sul, 18% do nordeste e 15% do centro-oeste e norte do Brasil.

Sobre terem conhecimento do tema, o panorama obtido é de que 90% dos entrevistados afirmam já terem ouvido fa-

lar sobre o tema - incontinência urinária; 78% desconhecem que qualquer perda involuntária de líquidos seja considerada incontinência urinária; 90% desconhece que existem diferentes tipos da doença; 38% conhece alguém do convívio próximo que possui essa condição.

A incidência na vida dessas pessoas apresenta números importantes para a área médica, pois 58% das mulheres afirmam que já sofreram escapes de urina em situações de esforço (correr, espirrar, tossir); 32% delas já sofreram de incontinência urinária temporária por questão de saúde, como gravidez, pós-parto, entre outras situações, ou seja, é possível analisar números que são vistos dentro da realidade acadêmica.

Existem tratamentos desde comportamentais até cirúrgicos para o problema, dependendo do tipo de incontinência, que pode ser conduzida, tratada ou curada de forma que não interfira num estilo de vida saudável e ativo.

No entanto, 47% das pessoas desconhecem a existência de tratamento; 45% desconhece qual especialização procurar para tratar, mas 83% declarou que procuraria um urologista e 44% das mulheres um ginecologista.

Em consequência dessas análises, a incontinência urinária também traz outra realidade, que é o impacto que ela causa na vida pessoal dos pacientes. De acordo com a pesquisa IBOPE, 88% consideram o tema ainda como tabu, por só considerarem falar sobre o tema com pessoas próximas do convívio familiar.

Outro fator importante é que 80% acredita que impactaria seu cotidiano; 71% evitaria sair para locais abertos ou sem banheiro; 79% acreditam que incontinência urinária afetaria a sociabilidade, e 53% das mulheres acreditam que afeta a feminilidade.

A apresentação da pesquisa é viabilizar uma visão de como as pessoas lidam ou imaginam as consequências da incontinência urinária, além de alicerçar a discussão para os profissionais dentro das suas especialidades e locais de trabalho, trazendo um desafio e oportunidade de a sociedade trabalhar sobre o tema.

Portanto, os assuntos abordados são:

- A prevalência da incontinência urinária – idosos – mulheres – homens;
- Perfil dos pacientes nos consultórios e ambiente hospitalar;
- Boas práticas realizadas dentro de cada especialidade médica;
- Desafios dos profissionais de saúde na abordagem das incontinências.

A pesquisa IBOPE traz informações muito interessantes que reforçam alguns conceitos profissionais, embora ela não tenha caráter científico, reflete, muitas vezes, na realidade das pessoas. Comparando com outras pesquisas realizadas, é possível avaliar as percepções de sintomas urinários na população e que várias pessoas não sabem que perder um pouco de urina é incontinência urinária.

Sabendo que especialistas definem a incontinência urinária como a perda involuntária durante a fase de armazenamento vesical, ela é apontada como um sintoma e pode ter causas muito variadas. Ela atinge, democraticamente desde a criança até um idoso e também, democraticamente, homens e mulheres.

Alguns fatores são comuns em homens e mulheres, em se tratando da incontinência. Outros são exclusividade do público feminino e outro do masculino, que é a chamada hiperplasia prostática benigna e pode ser acompanhada de incontinência urinária.

Entre as mulheres é possível observar os problemas de assoalho pélvico, que é chamado de prolapso, mas são os problemas que afetam o assoalho pélvico, e o divertículo uretral que é uma causa incomum de incontinência urinária na mulher. Dessa maneira, é possível comparar que as causas são muito semelhantes em homens e mulheres, quando se analisa as causas principais que são o enfraquecimento do esfíncter, que na mulher é mais comum do que no homem; a de bexiga hiperativa; a bexiga neurogênica; as infecções urinárias, e vários outros como uso de medicamentos, drogas, obstipação, entre outros.

E assim é possível analisar alguns fatores que não são a causa, mas que são fatores de risco, fatores desencadeantes ou mesmo fatores agravantes da incontinência urinária. Destacam-se, por exemplo, os medicamentos e as infecções urinárias; a passagem por radioterapia ou por cirurgia pélvica; pode ser causa desencadeante ou agravante a diabetes; sobrepeso, ou obesidade, histórico familiar entre outros. E, no caso da mulher especificamente, conforme especialistas, o fato de ter gestações e multiparidades, e a menopausa.

A importância da incontinência urinária é que ela traz uma série de impactos para a pessoa que possui a doença. Para os especialistas, dentro de suas particularidades profissionais, observam que no dia-a-dia existe um impacto muito

grande na qualidade de vida, e para a maior parte das pessoas que passam por tratamento, o problema realmente, é de qualidade de vida.

A pessoa não vai morrer da incontinência, não vai perder a função do órgão, não vai ter infecção grave, levando à internação. Na maioria das vezes, o problema é da qualidade de vida. E essa qualidade de vida alterada, a necessidade de buscar avaliação e tratamento, elas impactam também em várias outras coisas, como na produtividade no trabalho, no aspecto financeiro, existe todo um aspecto na imagem corporal, na autoestima da pessoa, a pessoa pode ter dermatite, aquela amoniacal vista na bunda do nenê, e nas pessoas que têm incontinência mais severa é comum ser observada.

Depressão, ansiedade são mais comuns em que tem incontinência urinária, pois impacta na intimidade, a pessoa se isola, tanto do convívio social, como da intimidade com a parceira ou com o parceiro, tudo isso levando em conta a gravidade da doença e da reação de cada indivíduo para estas questões.

A prevalência da incontinência na população brasileira

Alguns estudos mostram que metade das mulheres brasileiras, acima dos 40 anos, apresentam episódios de incontinência urinária. E os homens têm mais ou menos um terço dessa prevalência. Conclui-se, portanto, que a doença é muito menos comum no homem do que na mulher e que na mulher prevalece a incontinência urinária de esforço, incomum no homem.

Em alguns casos, há a incontinência urinária por urgência e mista. Dados mostram ainda da prevalência da bexiga hiperativa, presente em um a cada quatro homens e em uma a cada quatro mulheres.

No Brasil, mulheres com idade acima dos 40 anos possuem sintoma do diagnóstico da bexiga hiperativa e a diferença é que dois terços delas têm a bexiga hiperativa úmida, aquela que tem a perda de urina, enquanto que os homens, dois terços tem o tipo seca.

Os principais tipos de incontinência urinária são a de urgência e esforço. Nos homens, é mais comum quando eles são submetidos a cirurgia de próstata, especificamente, à cirurgia para tratar o câncer de próstata. Então, os urologistas possuem uma visão especial à incontinência urinária masculina.

Vale ressaltar que, embora haja vista uma evolução interessante na técnica da prostatectomia radical, como o uso de robô, mesmo na radioterapia, com técnicas que minimizam os efeitos da radioterapia nos órgãos adjacentes, a prevalência da Incontinência Urinária continua a mesma, nos estudos mais recentes.

Quando estudos mostram uma diminuição da incontinência urinária eles representam, geralmente, uma casuística individual de pessoas que, provavelmente, pelo grande volume, por terem algum tipo de talento superior à média, conseguem ter taxas inferiores. Mas quando se olha a taxa em geral da doença e na necessidade de tratamento nos países em que só se fazem prostatectomia robótica, elas continuam as mesmas que eles tinham antes de fazer a conversão do procedimento robótico.

E outro aspecto considerado pelos especialistas é de que a incontinência urinária não se dá sozinha. Geralmente apresenta sintomas associados. O termo LUTS, do inglês - Lower Urinary Tract Symptoms, Sintomas do Trato Urinário Inferior, substituiu o prostatismo, que era um termo que remetia a origem do sintoma como vindo da próstata e o que se sabe é que o sintoma não vem da próstata ou de uma obstrução eventualmente causada por ela.

Tanto é assim que a prevalência de LUTS é igual em homens e mulheres, quando analisado um público de diferentes faixas etárias e sabidamente a mulher não tem próstata. Então os LUTS são divididos entre sintomas de enchimento ou armazenamento, são sintomas que se tem na fase que em que o indivíduo não está urinando que é: tem que correr para o banheiro, urgência, frequência aumentada, acordar à noite para urinar, que é noctúria.

Hoje incontinência, quando se tem urgência e não dá tempo de chegar, é incontinência aos esforços. Esvaziamentos são aquelas relacionadas a hora em que a pessoas quer urinar. Hesitação é chegar no banheiro e o xixi teimar para começar a sair, apresenta, jato fraco, jato intermitente, tem que fazer força para urinar e tem algum desconforto para urinar.

Além disso, tem os sintomas pós miccionais que seriam o gotejamento terminal, que é o gotejamento que o indivíduo pode ter no final da micção e o pós miccional aquele que ele já terminou de gotejar e, ao andar, nota perda de urina e ainda a sensação do esvaziamento incompleto.

Essa distinção de sintomas é interessante para que profissionais avaliem de forma mais abrangente os pacientes. Especialmente, quando se trata de avaliar um homem com problemas urinários, pois sempre existiu e ainda existe entre os urologistas e provavelmente talvez mais ainda entre quem não é urologista, uma visão muito mecanicista de que a próstata cresce, obstrui o canal e daí se tem o sintoma.

Então geralmente o indivíduo pensa no jato fraco, na sensação de esvaziamento e ele não dá conta dos sintomas de armazenamento que, por sinal, vários estudos no Brasil também mostraram isso e mostram que eles são mais prevalentes do que os sintomas dos esvaziamentos, em qualquer faixa etária. Em homens e mulheres é observável o predomínio de sintomas de enchimento, armazenamento, em relação aos de esvaziamento.

É perceptível também, como dado interessante, que de maneira geral, os sintomas de armazenamento tendem a ser os que mais incomodam, especialmente se o paciente tiver incontinência urinária. Voltando aos LUTS, a prevalência de sintomas urinários é muito alta entre os homens acima de 40 anos, em geral, tendo de 65% a 70% dos indivíduos têm sintomas e mulheres um pouco mais, e isso vai aumentando com a idade.

Para qualificar os sintomas, de morado a grave, usam-se os códigos numéricos que vão de 0 a 35. Os sintomas severos,

por exemplo, são os acima de 21; sintomas morados acima de 8. De maneira geral, isso se correlaciona com o incômodo que o paciente tem.

Então em diferentes estudos feitos em vários países, mostra que na faixa etária de 50 a 59 anos, um em cada cinco pessoas, em média, tem sintomas moderados a graves e vai aumentando na faixa etária de 70 a 79, com uma prevalência de 40% dos indivíduos dos homens que, na população geral, têm sintomas de LUTS moderados a severos. Por isso é considerável alto o número de pessoas com sintomas.

E um aspecto importante à questão de progressão é que a incontinência urinária afeta principalmente a qualidade de vida, mas quando a gente fala de LUTS, de HPB - Hiperplasia Prostática Benigna -, para fazer prostática benigna no homem, não tem que se preocupar só o quanto que ele está incomodado e o quanto que ele tem de incontinência ou o quanto que tem de impacto no dia-a-dia dele, mas, principalmente, atentar sobre o risco de progressão.

O que é o risco de progressão? É esse paciente precisar de cirurgia, entrar em retenção, ter que procurar um pronto socorro para pôr uma sonda, porque ele entra em retenção, ou ele passar a ter problemas urinários recorrentes. Então, num segmento de 5 anos, partindo de pacientes que são de leve a moderadamente sintomático, esse risco é de um a cada cinco indivíduos.

Outro sintoma é a nocturia - que é acordar à noite para urinar - é o sintoma mais comum entre os sintomas urinários no homem e na mulher em vários estudos. Ele também é considerado, por muitos, o que mais incomoda, especialmente se acordar pelo menos duas vezes. Acordar só uma vez à noite, e existem vários estudos que mostram isso, não traz um impacto significativo para 90% das pessoas. Acordar duas vezes à noite incomoda, de forma significativa, 25% das pessoas; acordar três vezes, incomoda significativamente 40% a 45% e acordar mais e três vezes incomoda bastante, 75% a 80% das pessoas.

Então, de maneira geral, a preocupação é latente quando o indivíduo acorda mais de duas vezes. E a nocturia, assim como a incontinência, não tem uma causa específica ou só um sintoma. Ela tem 200 milhões de causas e geralmente a causa não é a bexiga e não é a próstata. Ela incomoda bastante os pacientes e é associada ao risco de queda e com frequência, com sonolência, fadiga e depressão, especialmente nos indivíduos com idade mais avançada.

Outras questões importantes a serem analisadas são as doenças neurológicas. Pensando no corpo inteiro de um indivíduo, é possível selecionar três níveis do sistema nervoso do lado esquerdo, sendo o nível suprapontino encefálico, onde existem vários centros associados principalmente a inibição do reflexo da micção. Então as influências do sistema nervoso central suprapontino são principalmente mictórias, quando se tem tudo isso intacto, se tem um bom controle urinário. Tem-se também o nível medular cervico-torácico ou tóraco cervical e o nível sacral ou lombo-sacral.

A importância disso é que quando se tem qualquer tipo de doença neurológica, que afeta esse centro suprapontino, que tem essa influência em mictória, sobre a contração da bexiga, tem de apresentar um padrão de hiperatividade detrusora, que são algumas dessas doenças, o AVC, o Parkinson, esclerose de múltipla, que pode afetar esses níveis, o traumatismo crânio-encefálico, entre outros.

E hiperatividade da detrusora, tende a dar sintomas parecidos com a da bexiga hiperativa. Por outro lado uma lesão, uma doença, que afete o sistema tóraco-cervical, esse nível é importante para contração vesical e para o relaxamento do esfíncter. Então, quando há qualquer doença que afete esse nível, e os exemplos mais típicos são traumatismo raquimedular, e também esclerose múltipla, vários tipos de mielites, os disrafismo, como mielomeningocele, a tendência é ter uma bexiga hiperativa, só que o paciente não consegue urinar porque ele tem um dissinergismo bacteriano.

A repercussão disso, é que esses indivíduos não têm um problema de qualidade de vida, apenas, eles correm todos esses riscos de infecção do trato urinário, litíase urinária, refluxo vesico-uretral, hidronefrose e, eventualmente, insuficiência renal.

Para estes pacientes, que apresentam todos esses impactos, têm riscos altos de infecção, deterioração da bexiga e perda da função renal. Então os pacientes que têm problemas prostático, que têm bexiga neurogênica, a preocupação não é somente uma preocupação de qualidade de vida, mas tem muito esse enfoque.

E por fim, como os profissionais tratam esses pacientes, devendo ter um olhar para o paciente sempre de forma muito individualizada, levar em consideração vários aspectos do estilo de vida, de preferência, do que aquele paciente tá disposto a conviver com sintomas, ou riscos que ele está disposto a passar para ele melhorar.

Os profissionais devem levar em conta tudo isso, o impacto na qualidade de vida, a expectativa que o paciente tem com o tratamento, quais são as preferências dele, claro, sempre tendo em vista o tipo de incontinência que ele tem, quão grave ela é e quais são as comorbidades e quais são os riscos de progressão.

Então realmente é uma arte. Não tem paciente igual ao outro e dentro da incontinência urinária é muito diferente do que tratar um câncer no rim ou câncer na próstata. As alternativas com os casos de câncer são restritas, já os pacientes com incontinência urinária podem optar um pouco mais, mediante a sua realidade, pela questão da preferência, das expectativas que ele tem com o tratamento e porque também ele nem sempre está disposto a passar pelos tratamentos para chegar algum resultado.

Conclui-se, que a incontinência urinária é muito frequente, é uma manifestação de outros problemas que o paciente já tem, grande parte das pessoas são afetadas, mas muitas, a maioria permanece sem tratamento. Um outro estudo mostra

que só um terço da população acaba recebendo tratamento para problemas urinários e uma boa notícia é que 75% das pessoas ficam satisfeitas com tratamento.

A incontinência urinária na visão do ginecologista

Profissionais da ginecologia recebem pacientes que apresentam queixas urinárias. A Uroginecologia trata da parte urológica do público feminino, analisando as diferenças em relação à incontinência urinária. Um fator importante é a anatomia, uma vez que a mulher possui a uretra muito mais curta do que o homem. A parte funcional dela é 2 cm a 3 cm, eventualmente, perto de 3,5 cm, não mais que isso.

A mulher também exerce a função de procriação, e quanto maior o número de gestações, maior a possibilidade de ela vir sofrer incontinência urinária, principalmente, essa relacionada com anatomia, que a medicina chama de incontinência urinária de esforço.

Em outra perspectiva, tem-se também a incontinência relacionada a um problema no órgão ou nos músculos do assoalho pélvico ou na uretra ou bexiga, a chamada bexiga baixa, que por perda da sustentação pelos músculos, pelo aparelho de sustentação e suspensão alguns ligamentos, essa bexiga tende a escorregar pelo canal e é chamada de hiato genital, mas a impressão é que é pelo canal vaginal.

Portanto, por todas essas observações, é possível verificar que a mulher, durante o período gestacional, pode, muitas vezes, apresentar sintomas de incontinência, contando também que as estruturas dependem muito do hormônio feminino, do estrogênio.

Sabe-se que as mulheres que apresentam sintomas de perda urinária, durante a gestação, têm duas a três vezes mais chances, de quando elas entram na menopausa, passarem a ter queixas urinárias. Então esse é um fato. Cerca de 28% a 30% 40% das mulheres apresentam uma queixa de perda de urina nos primeiros três meses da gravidez. E entre 45% e 54% delas, na segunda metade da

gravidez, no segundo trimestre, no terceiro é muito mais frequente.

Por isso, é importante que o obstetra que tá fazendo pré-natal, para aquela paciente que falou que tem uma perda e de ver se essa perda se intensifica e se ela fica presente, durante toda a gravidez, e é progressiva, essa paciente vai ter que ter uma atenção melhor para avaliar no pós-parto e para variar depois como vai ser evolução dela.

Em relação às gestações, para essas mulheres que apresentam perda de ruína durante o período de gravidez, é observar quantos partos essa mulher e quantas gestações ela vai ter, bem como, que tipo de parto ela apresentou. As gestantes começam a liberar o hormônio que chama relaxina. Esse hormônio tem uma função de deixar mais flexíveis as estruturas musculares e os ligamentos para, no momento do parto, o bebê ter uma maior facilidade de passar no canal de parto, na pelve, e ter o parto normal.

Esse hormônio deixa um efeito memória, algumas mulheres ficam com um resquício dessa ação, dessa flexibilidade, lassidão desse hormônio, no pós-parto. E, ela tendo uma gestação vai ser de uma maneira, duas de outra, então o número de gestação também é importante a multiparidade está muito relacionada com o histórico futuro desta mulher, se ela vai ter uma probabilidade maior ou menor de desenvolver uma incontinência.

Outros fatores como tipo de parto, assistência obstétrica, se essa paciente soube utilizar adequadamente a musculatura do assoalho pélvico durante os trabalhos de parto, se essa paciente já tinha uma musculatura de boa qualidade, se ela fazia atividades físicas direcionadas, se fazia um treinamento dos músculos do assoalho pélvico.

E outro fator importante, o tamanho deste recém-nascido, quanto tempo levou para esse bebê nascer, se esse expulsivo, aquele período final, foi muito prolongado ou não. Esses são todos os fatores que importam muito, é além disso a transição do climatério para menopau-

sa, onde a mulher diminui drasticamente a quantidade de hormônio feminino o estrogênio. A musculatura do assoalho pélvico, a uretra, as estruturas funcionais e o comando automático da bexiga na mulher, principalmente, está muito relacionado com o nível de estrogênio.

De modo geral, a mulher tem um pico de queixas urinárias, nesse período reprodutivo, depois de partos, dependendo de como foi essa assistência, qual era o preparo que ela tinha, e isto vai determinar como se fosse uma poupança, que enquanto ela tem estrogênio, ela está um pouco protegida, até chegar na época do climatério menopausa, em que a drástica diminuição do nível de estrogênio vai fazer ou aparecer ou se manifestar mais agudamente problemas que ela podia ter resolvido até então.

Então é importante analisar que estes são os picos e outro é o passar do tempo, o envelhecimento, pela anatomia feminina, o enfraquecimento dessa musculatura, da sustentação dos órgãos pélvicos, vai ter um impacto muito importante na incontinência urinária, quer seja ela anatômica, quer seja ela pela função de comando, o que é chamado de bexiga hiperativa.

É importante que o profissional de saúde que atende a mulher, quer seja no primeiro momento o ginecologista, quer seja na terceira idade o geriatra, quer seja em algum momento numa ida à urologista, pergunte a respeito da função urinária desta mulher. Muitas vezes a paciente vai no ginecologista fazer o preventivo anual e o profissional esquece de perguntar do trato urinário e da função também coloproctológica, como está o intestino, se essa paciente apresenta incontinência ou não.

De modo geral, sabe-se que as pacientes vão queixar espontaneamente de incontinência, quando essa perda já for, pelo menos, na maioria das mulheres, uma incontinência de fato. Então às vezes ela está perdendo uma gotinha e considerará normal, uma situação esporádica e depois de um tempo vai perceber que aquilo começa a progredir e que começa

a incomodar, e daí ela vai chegar espontaneamente com uma queixa.

É muito importante que quem faz o atendimento do paciente investigue por exemplo “a senhora apresenta alguma perda urinária; a senhora apresenta alguma frequência urinária aumentada apresenta urgência”; pois é muito frequente a paciente falar “a eu perco uma ou outra gotinha de urina, eu perco de vez em quando, mas isso não é nada”. Isso faz com que paciente venha tomar ciência muitas vezes que esse é um problema, quando o processo avançou.

Nos estágios iniciais nas perdas leves e moderadas, um encaminhamento para o fisioterapeuta pode resolver mais de 75% dessas queixas e que essa paciente vai ficar bem, não vai ter muitas vezes a progressão para a forma mais grave e muitas vezes pode evitar um tratamento mais invasivo como a cirurgia, outras vezes, uso de medicação e pode inclusive ter uma orientação para que no parto ela utilize essa musculatura do assoalho pélvico de maneira mais adequada, que ela saiba relaxar o assoalho pélvico e não só deixá-lo fortalecido.

Incontinência urinária nos esportes

Atualmente há maior aderência das pessoas ao esporte e existe um grande número de mulheres que praticam CrossFit. Quase 100% das mulheres, independentemente da idade, mais de 95% que pratica CrossFit apresenta perda urinária durante esse exercício.

Em atletas de impacto corredoras, jogadoras de vôlei, de basquete, é altíssima incidência de perda urinária. Então da mesma maneira que se realiza atividade física para hipertrofiar, para ter uma musculatura de movimento adequada, todas as mulheres que realizam práticas esportivas, ginástica, deveriam ter um acompanhamento fisioterápico para ter fortalecimento desta musculatura do assoalho pélvico.

Portanto, há a importância de avaliar nas mulheres que praticam atividade física, na idade de procriação, e também as

mulheres na época da menopausa e do climatério. Além disso, outros fatores que impactam na realidade da mulher são a obesidade, os partos, a menopausa, a mulher ser fumante ou não. O tabagismo piora muito a condição da musculatura das faces dos ligamentos, e as cirurgias pélvicas de outras etiologias também podem trazer um impacto importante para a presença ou não de incontinência no público feminino.

Em se tratando da prática do esporte, ele não é um causador da incontinência urinária. Importante observar é que hoje em dia as pessoas que praticam esporte profissionalmente, por exemplo, têm um técnico que é orientado por um fisioterapeuta para também fortalecer a musculatura pélvica.

A pessoa praticante de atividade física quer seja numa academia, vôlei, corrida, entre outras possui um personal que sabe que, junto com o treinamento da musculatura de movimento, também precisa haver um treinamento e um preparo dessa musculatura do assoalho pélvico, para que não exista uma desproporcionalidade ou uma hipertrofia desses outros músculos e relativamente uma fraqueza deste que recebe o impacto que a gente já chama de assoalho pélvico.

É interessante que o treinador tenha uma orientação de um fisioterapeuta ou que este paciente paralelamente passe, em algum momento que notar alguma perda, em um fisioterapeuta para orientar como fortalecer a musculatura.

Maratonistas mulheres apresentam perda urinária, jogadoras de vôlei, jogadoras de basquete, CrossFit quase que 100%, então não esquecer que além das situações identificadas de incontinência como o sintoma de um processo patológico, existem outras situações até saudáveis que também precisa ter um conhecimento e treinamento dessa musculatura para que não tenha esse sintoma presente.

É necessário haver uma preocupação com o treinamento de alto impacto e força, em caso de sobrecarga, pois mesmo com orientação, treinamento os esportistas vão continuar fazendo aumento dessa pressão intra-abdominal muito forte e vão acabar

excedendo a carga sobre musculatura, que é chamada de contração por esforço.

Isso ocorre, com maior proporção, em maratonista. Há mulheres que se acomodam com a perda leve de urina e, com o agravamento, vai ficando difícil manter o treino.

Existe dispositivo que pode ser colocado durante o treino para quando o treino é muito importante se observar a perda de urina desse paciente durante o treino. Especificamente o dispositivo precisa ser avaliado pelo ginecologista, por alguns fisioterapeutas, principalmente, no caso das mulheres.

Os praticantes de esportes de alto impacto, esporte de alto desempenho, têm um risco de desenvolver incontinência. A pessoa que faz exercício com intensidade moderada, esportes de baixo impacto, tem um risco de incontinência que é praticamente igual da população de mesma faixa etária, desde que ela não incorra nesta situação de estar envolvida em esporte de alto desempenho e de alto impacto.

Existe também uma questão que é o equilíbrio entre as coisas. A obesidade é um fator de risco, e certamente que tem um estilo de vida que inclui fazer esporte é uma coisa que ajuda a combater obesidade e por si só também, vai ser vai ser favorável para essa pessoa em termos de diminuir o risco de desenvolver incontinência.

Fazendo uma analogia, é necessário ter o equilíbrio igual ao equilíbrio na alimentação. Não adianta se alimentar só de carboidrato, ou só de gordura, ou só de proteína, é preciso ter um balanço entre as coisas para ter uma alimentação adequada. No esporte, na atividade física é a mesma coisa. O indivíduo que se meter a fazer salto ornamental, cambalhota, entre outros, vai ter incontinência, porque não há assoalho pélvico que resista e vai ter que partir para o uso do device.

A incontinência vai aparecer principalmente nas atividades físicas de impacto, que são aquelas de cair, aqueles que exigem muito esforço do atleta, como vôlei, cross training, basquete são esportes que envolvem muito pulo, muita queda no chão, a força que a pessoa faz com o

impacto no chão é muito grande.

O olhar da geriatria na incontinência urinária

O tema incontinência urinária faz parte dos is da geriatria, são as síndromes geriátricas. Porém quando se tem, dentro dos congressos por exemplo, da ginecologia, o aspecto do envelhecimento, um aspecto que tem tudo a ver com a ginecologia, que se está falando da menopausa, e muitas vezes tem esse perigo da queda.

Na geriatria, é um exemplo muito claro disso, este tipo de colaboração ou divisão multidisciplinar dos problemas do envelhecimento ou da incontinência urinária, podem ter impacto na maneira como se avalia ou trata os pacientes na urologia.

A abordagem interdisciplinar faz parte do atendimento geriátrico. É preciso aprender a trabalhar em grupo, a trabalhar com vários profissionais ao mesmo tempo. É uma tarefa difícil, dividir sua expertise com outros. Raramente se vê esse assunto de uma maneira rotineira nos congressos. Justamente porque é difícil essa interlocução, entre as especialidades.

Na ginecologia o tema tem sido bastante discutido. Tanto na ginecologia geral como o uroginecologia dentro da ginecologia, e acho que é um crescente. A participação do fisioterapeuta, do coloproctologista, do urologista, do ginecologista, geriatra também. É fundamental se ter essa proximidade, cada vez maior, para as áreas oferecerem o melhor para os pacientes.

Visto que é uma queixa muito comum, o envelhecimento é um impacto para incontinência urinária. Em uma foto publicada em 2010 no New York Times e ilustra a transição demográfica e epidemiológica para o envelhecimento. Na ilustração, há uma tábua em cima do mundo e está pendendo para o lado dos idosos e isso significa que nos próximos anos haverá mais idosos do que população jovem.

E editorial há uma pergunta questionando quem irá pagar a conta do envelhecimento, ou seja, das doenças crônicas, da dependência para farmácia, qualidade de vida a nível de sofrimento,

na verdade, o que se coloca é um valor do envelhecimento, o que ele pode significar na vida dos idosos.

Para pensar, sobre o processo de feminização, é visto que senhoras, mulheres idosas, são maioria nas filas de vários atendimentos, em pronto socorros, em instituições, e é preciso tentar compreender, então, esse processo de envelhecimento e esse processo de feminização.

Especialistas e profissionais da saúde devem compreender a importância disso no dia-a-dia, pois há uma transição muito grande, segundo alguns estudos, da taxa de natalidade para a taxa de mortalidade. É possível afirmar que em 2040 haverá uma inversão, havendo mais mortes do que nascimentos.

Alguns estudos mostram o tempo que o Brasil envelheceu. Em comparação com a França, que demorou quase 100 anos para evoluir o que o Brasil envelheceu em menos de 20 anos. O Brasil não teve tempo para se preparar para o envelhecimento.

A gerontologia trabalha atualmente com a inversão de pirâmide, a base se estreitando e o ápice se alargando, isso significa que vai ter mais idosos pela frente. A população está vivendo mais em média. Em 1960, a taxa de expectativa de vida ao nascer era de 54 anos, hoje a taxa é de 73 anos, ao nascer e quanto mais se vive, mais chance se tem de continuar vivo.

O problema disso será o aumento das comorbidades, que são doenças que atingem a funcionalidade das pessoas, e é isso que a geriatra tenta focar nas suas consultas, na perda funcional. E quando há a percepção de várias doenças juntas, maior é a probabilidade de se precisar de alguém para auxiliar o paciente, ou seja, isso é a perda funcional. Resumindo, a saúde precisa lidar com esse paradigma do envelhecimento populacional.

Procurar soluções eficazes e efetivas para atender essa demanda, sempre tendo em mente que cada um envelhece de um jeito. A heterogeneidade faz parte do envelhecimento, portanto, não existe receita comum, cada um tem que ser tra-

tado de uma maneira diferente, tentando entender quais são os seus problemas.

O termo Senecultura, que seria um conjunto de ações interdisciplinares, cujo o resultado contribui, de uma maneira efetiva para a promoção de saúde do idoso, define as condições de incontinência urinária. O tratamento da incontinência exige ações interdisciplinares, o encontro de várias áreas da ciência, especialidades, justamente para tentar avaliar e intervir de uma maneira efetiva na qualidade de vida dos pacientes.

Assim sendo, encontrar alternativas de como se chegar aos 122 anos, que é a idade da mulher mais velha do mundo apontada pelo Guinness book, com saúde e qualidade de vida. É a ciência pensar na saúde do idoso de uma maneira multifatorial, parte física, mental, funcionalidade, autonomia, integração social, familiar, financeiro. A especialidade de gerontologia é exatamente isso tenta identificar dentro desses fatores o que é determinante para cada indivíduo.

O envelhecimento pode ser um tabú ainda para as pessoas, pois ele vem acompanhado de um estigma muito ruim para as pessoas, que é o fator de ser considerado um problema. A maioria das pessoas não querem depender dos outros, as pessoas têm medo de ficar incapazes, de não terem dinheiro suficiente, e bastante importante, de não conseguir ajuda, de ficar sozinho, de morrer.

A funcionalidade, a não dependência dos outros, de incapacidades são temas que devem ser trabalhados para a manutenção da qualidade de vida dos incontinentes e, principalmente, para que a ciência evolua no campo do tratamento individualizado. Em dado publicado pela Folha de S. Paulo fala que os idosos estão morando, cada vez mais, sozinhos.

Então, a população ficando velha, cada vez mais dependente, mas sem ninguém para cuidar é uma realidade atual. No Brasil, houve um aumento quase três vezes mais de idosos morando sozinhos nesses últimos 20 anos e é necessário pensar nas soluções das funcionalidades.

A geriatra atende em hospital, pronto socorro, UTI, enfermagem, ambulatório, em ambiente de cuidados paliativos, atende em domicílio e várias ferramentas são feitas para tentar fazer programas, para ter programas de qualidade. A exemplo o Programa Amigo do Idoso, que vem falando sobre isso, há muito tempo. E a gente tá querendo tentar fazer essa mudança de uma maneira, de maneira organizada e que isso atinja a maior parte da população.

Em se tratando da realidade domiciliar, segundo a Assistência Domiciliar, 90% dos pacientes são idosos, com doenças neurodegenerativas. E quando se fala de incontinência urinária, tem que lembrar que isso traz um alto impacto para quem está cuidando desse idoso, também.

Tem que pensar em como está a moradia, como está o suporte, como é que vai fazer, por exemplo, para trocar uma fralda. Em estudos acadêmicos, pela Faculdade de Medicina de São Paulo, há a disciplina Qualidade de Vida, em que os alunos são questionados sobre as dificuldades em se trocar fraldas de idosos.

É interessante fazer esse tipo de holling playing com os acadêmicos, pois eles conseguem sentir essa dificuldade. Não de fazer isso num boneco, mas de fazer sozinho, pois é uma realidade que os profissionais e especialistas da área precisam entender, já que em domicílio, os apoiadores, cuidadores e auxiliares, muitas vezes, fazem isso sozinhos.

Vale, então, reforçar um pouco da parte de geriatria, sobre as grandes síndromes geriátricas, uma vez que a incontinência urinária é uma delas. E a incontinência urinária é uma grande síndrome geriátrica, e se correlaciona com todas as outras. A incapacidade cognitiva, distúrbios neurológicos, de demência, esclerose múltipla, entre outras como a parte de iatrogenia, um tanto comum isso acontecer em idoso.

Mais de 20% a 25% dos pacientes idosos internados, por iatrogenia, isso seja de medicação, de exame, de diagnóstico, de síndrome de imobilismo, e outras síndromes junto dessas 5, que também é interessante analisar. Síndrome

de fragilidade e sarcopenia, que é muito comum e cada vez mais prevalente na população mais idosa; Incapacidade de comunicação e insuficiência familiar que são aspectos sociais importantes.

Todo geriatra trata de incontinência urinária que acomete, segundo pesquisas literárias, em torno de 20% a 40% dos idosos com a forma moderada ou grave. Isso tem um grande impacto na qualidade de vida, isolamento social, depressão. É preciso pensar na faixa etária geriátrica nas infecções urinárias, urosepse, as lesões de pele, que estão cada vez mais frequentes também; queda, institucionalização e o foco principal é a funcionalidade.

Independente de tudo, os profissionais médicos precisam manter os idosos funcionais. E um dado curioso é que metade dos idosos não relatam sua queixa numa consulta de rotina de geriatria. É válido lembrar que no mundo acadêmico os residentes são treinados para a consulta de rotina em geriatria, para que haja uma avaliação geriátrica ampla, dentre isso, o questionamento sobre incontinência. E mesmo assim, é possível afirmar que o paciente, muitas vezes, não relata queixa.

A maioria dos idosos permanecem continentes até a idade avançada, então não é normal a gente ter uma incontinência urinária em consequência do envelhecimento. E quando se fala de incontinência é preciso pensar o que traz a continência para o idoso, quais são os mecanismos que traz a incontinência.

E no idoso nunca é uma coisa só acontecendo. São várias coisas para determinar aquele desfecho. Neste caso fala-se da incontinência, o quadro multifatorial, tem que lembrar das alterações do trato urinário, das doenças e das medicações.

Então o próprio processo de senescência, que seria aquele envelhecimento não patológico, fisiológico, traz algumas alterações anatômicas estruturais do trato urinário; contrações involuntárias, contrações não inibidas, noctúria, encurtamento e elasticidade da uretra, alterações hormonais, no homem a hiperplasia protática e tudo isso faz parte da incontinência.

É preciso pensar nas doenças neurodegenerativas, demência, sequelas de AVC, esclerose múltipla, funções músculo esqueléticas, o impacto dessas sarcopenia, fragilidades nesses pacientes, inclusive na incontinência urinária. Daquelas doenças que cursam com desordem de volume diabetes, insuficiência cardíaca, doença renal crônica, edemas, que é muito comum isso nos idosos, como multi comorbidades, as neoplasias, impação fecal, isso principalmente para aquele idoso que fica muito tempo deitado. Com essa realidade, o fecaloma do paciente aponta o início da perda de urina, então é sempre importante abordar todos esses aspectos.

E quando se fala em idoso, é determinante lembrar da polifarmácia/medicamento. É um conceito importante, principalmente porque eles têm muito adventos adversos. As interações entre as medicações, quanto mais idoso, mais doença, mais remédio ele vai tomar, e, muito provavelmente, essas medicações se interagem e podem dar reações adversas.

Para isso tem alguns critérios de indicação de medicação e hoje em dia tem até critério de prescrição. Já que se tem o critério de colocar um AAS e uma Estatina, se tem o critério de tirar um AAS e Estatina ou Anticolinesterase, por exemplo.

Com tudo isso, então, se conhece a polifarmácia, heterogenia. Por isso que tem que tomar muito cuidado com as medicações. Vale lembrar dos 4 D's e esses 4 I's das causas transitórias, que tem que descartar logo no começo. Pensando na população idosa, lembrar de delírio, depressão, débito urinário alto e deficiência estrogênica; sempre lembrar de infecção urinária, síndrome de imobilismo, as iatrogenias e lembrar da fecaloma.

E o básico disso tudo é perguntar ativamente a todo idoso, sobre incontinência. Então se tem essa busca na anamnese. Existem várias formas de se fazer isso, vários questionários, tem alguns exames complementares, que também deve ser pedido, e, basicamente, no dia a dia do profissional, em qualquer desses am-

bientes, em casa, no consultório, na enfermaria, lembrar, antes de tudo, das orientações não farmacológicas, isso é muito importante, principalmente para a faixa etária do idoso, que não quer dar mais um remédio para ele, que possa piorar.

Existem várias coisas para se fazer sem ser só com remédios. Tratar fatores precipitantes, mudança no estilo de vida, programação de micção. A abordagem do tema, incontinência urinária, é importante pois há muita complicação clínica, principalmente, morbidade médica, infecções, internações, quedas. Há também uma morbidade psicológica muito grande e perda na qualidade de vida; isolamento social, depressão e disfunção sexual, tudo isso é um impacto muito importante no idoso, no envelhecimento.

E entre os idosos isso contribui para fragilidade e perda funcional, que é o nosso principal marcador, pois aumenta estresse do cuidador, que isso também é uma coisa muito importante, e o profissional tem que olhar sempre para quem está do lado, como é, fácil é ou é difícil, cuidar daquela pessoa? E esse é muito importante: contribui para institucionalização.

Esses pacientes saem do domicílio e vão para instituições de longa permanência por causa da incontinência urinária. Então de 6 a 10% dos pacientes admitidos em asilos têm incontinência urinária como principal causa.

Os profissionais da saúde com problemas miccionais

Numa pesquisa não randomizado, foi constatado que mais de 20% dos profissionais de enfermagem relataram ter algum tipo de incontinência urinária por não terem tempo de ir no banheiro no plantão, ou seja, um grande fator que se percebe que é incontinência urinária e atinge também o percentual grande de profissionais de saúde.

Não se trata aí somente de enfermagem, fisioterapeutas, profissionais que estão no ambiente hospitalar por causa de plantão. Ou mesmo o profissional médico, que

não tem tempo nem para ir ao banheiro ou esse cuidado todo. Ou seja, o profissional da saúde que está no ambiente hospitalar ele tem esses cuidados com incontinência ou esse é um fato de fato decorre?

Há pouco tempo, profissionais da saúde relataram realmente ficarem horas sem ir ao banheiro, mesmo antes do Covid, devido a um número grande de atendimentos. Essa é uma parte comportamental, de esvaziamento de horário mesmo ingestão hídrica, então tem um mau funcionamento, tanto de ingestão de líquidos quanto do esvaziamento em si e mesmo estando na área de saúde e mesmo sabendo de tudo isso.

Tem vários lugares que o profissional está usando fralda geriátrica para poder atender, para não ter que tirar e colocar os EPI's. Então é importante frisar que não é só atividade física sozinha que vai desencadear esses problemas urinários, mas o trabalho ininterrupto também pode.

O tempo para ir ao banheiro é uma coisa, mas tem outro aspecto dos profissionais de enfermagem que é o de carregar peso. Há as situações de enfermagem com pacientes de sobrepeso, então, isso são alguns estudos que mostram, porque os profissionais de Enfermagem têm, às vezes, mais sintomas urinários, e mais incontinência urinária do que o restante da população.

Embora seja um grupo de indivíduos que, talvez, pelo conhecimento que tem, sobre os fatores de risco, sobre as atividades, os estilos de vida que são boas pra evitar, que talvez eles acabam se protegendo um pouco mais.

Fisioterapia pélvica

Com a fisioterapia pélvica gerencia-se o impacto da incontinência em atividade física; psicológica, depressão social, laboral, e também no impacto financeiro; familiar, e o impacto sexual.

Em relação a fisioterapia, segundo a Sociedade Internacional de Continência, a fisioterapia pélvica é considerada a primeira linha de tratamento, o treinamento da musculatura do assoalho pélvico, tratamento conservador para incontinência urinária.

Os pacientes com incontinência não identificam a perda urinária, de gota em gota e, portanto, quando se percebe já está em estágio avançado. Então o impacto é muito maior e, nesse momento, que se relata para os médicos que tem o episódio de incontinência, no caso dos idosos, muitas vezes, o familiar vem contando, o idoso está constrangido, está com vergonha, é geralmente nesse momento que se começa o tratamento.

Que consiste basicamente, inicialmente de primeiro contato, pegar toda história e observar da individualização do tratamento, da individualização de uma avaliação de um paciente então, que muitas vezes o paciente refere estar acordando duas vezes à noite, para urinar, tendo dois episódios de noctúria, mas acordada desde os 17 anos de idade, assim, isso não é um problema para ele, que volta a dormir; ou aquele que nunca acordou à noite e está acordando uma vez e isso deu um impacto muito grande, pois não consegue dormir, perde o sono.

Observar, portanto, que muitas vezes o grau da incontinência não se conecta com ou ele não é proporcional ao impacto da incontinência causada. Importante é obter um bom histórico para a partir dessa modificação do estilo de vida, que a partir de um diário miccional que se direciona o que paciente vai fazer.

O que seria um diário miccional? O paciente observar quantas vezes ele urina ao longo do dia, o intervalo das micções, se é de meia em meia hora, ou se a cada duas horas ou uma hora e meia, de manhã é mais e à tarde com intervalo maior. É importante ter esse mapa, esse diário miccional que é um mapa de vazamento de horário e de ingestão híbrida, bebe líquido à noite, não bebe líquido à noite e por que?

Porque a partir daí se tem condições de avaliar se o paciente está tomando muito mais líquido à noite do que de dia. Se ele está trocando, por isso que está acordando muitas vezes à noite, e orientar que, a partir de duas horas antes de dormir, evitar tomar líquido.

Muitas vezes tem idoso ou tem al-

guém que toma um remédio antes de dormir. Neste caso, a orientação é de que se tome o líquido do remédio, a água do remédio. Não deixar uma jarra noite no quarto ou um copo cheio d'água minutos antes de ir dormir. Quando sentir a boca seca, por algum medicamento, por algum outro cenário ou tá muito calor, é um verão muito forte, então, molhar a boca.

O diário miccional começa a partir dessas observações, podendo se fazer uma leitura diurna e noturna, tanto da ingestão quanto da frequência urinária e também dos episódios. Inicia-se aqui, então, o treino vesical. Os horários de esvaziamento diurno, tentar esticar, evitar tomar líquido à noite, esticar um pouco mais esse horário noturno, para o paciente ganhar uma melhor qualidade de sono, uma melhor noite e uma melhora do dia seguinte. Melhorando a noite se melhora dia seguinte.

Evitar frutas cítricas, café, cafeína, algumas orientações, o cigarro, álcool e condimentos. Tudo é um processo individualizado, pois para alguns pacientes a ingestão de cítricos não influencia na frequência urinária. O profissional falará todos os componentes, obviamente, e o paciente relatará a realidade dele. Mesma coisa, em cada uma dessas substâncias, ou alguma outra substância, que o próprio paciente identifica e vai até te contar.

O cigarro, em relação à incontinência urinária, tem dois problemas. O primeiro é tossidor crônico. O fumante acaba virando um tossidor crônico e aí ele vai realmente aumentar a pressão intra-abdominal, favorecer mais perda urinária. Ao mesmo tempo também, ocorre o aumento da bexiga, pois as substâncias podem provocar a maior urgência, maior frequência urinária. Então, além disso pode provocar mais tosse e causar incontinência também, além da urgência.

Orientar coisas positivas, como por exemplo, barras dentro do banheiro, para evitar queda, tentar deixar o quarto mais limpo possível, para o paciente conseguir ter um acesso fácil ao banheiro. Porque a incontinência ou a urgência ou a urgência-incontinência pode provocar uma queda e

passa-se a ter dois problemas: um traumatismo, uma fratura e a inconfidência.

Observar algumas situações facilitadoras, como rampas, se há um pós-operatório. Se tem algum problema de mobilidade, porque não usar bengala, usar andador, se isso mesmo que uma maneira temporária, não definitiva, possa facilitar a locomoção, os deslocamentos e evitar uma maior ansiedade ou uma queda ou um problema maior.

E, ao mesmo tempo, tentar realmente fazer tudo para que mantenha a mobilidade, mantenha uma modalidade física, mantenha uma qualidade de vida boa, para conseguir estar sempre fazendo alguma atividade, para manter o trofismo muscular, e com isso ter mais disposição para fazer as atividades e para ir no banheiro também evitando quedas, evitando qualquer outro constrangimento.

Uso de itens de higiene pessoal, a maioria dos pacientes que chegam no consultório do fisioterapeuta, chega com algum tipo de proteção. Pode ser uma proteção pequena, ou pode ser uma proteção maior ou calcinhas e cuecas com algum protetor. Então, mais importante para quem tem continência urinária e manter sempre o corpo limpo, roupas íntimas limpas, trocar absorvente protetor.

Por uma questão econômica ou porque esqueceu, se usou esse durante a noite ou não, algumas pacientes relatam estarem usando um absorvente um pouquinho molhado, segurou um dia e meio. Então forma-se bactérias e, sendo um pouco úmido, isso vai causar uma dermatite ou um processo inflamatório infeccioso.

É importante estar sempre orientando isso. E o treino do assoalho pélvico, porque a fisioterapia não é só o exercício, tem toda essa introdução até chegar no treinamento dos assoalhos pélvicos.

Os músculos do assoalho pélvico já fazem a responsabilidade deles na incontinência urinária, na incontinência fecal, na sustentação dos órgãos pélvicos, então alguns exercícios para fortalecer, não só fortalecer, mas melhorar a coordenação e exercício de fortalecimento da coordena-

ção das fibras musculares e da sinergia.

Sinergia porque não se tem só um músculo isolado. Não se consegue trabalhar isoladamente. Se o profissional médico solicitar uma contração e o paciente faz uma apneia, para, bloqueia totalmente a respiração, ele vai aumentar pressão intra-abdominal, ao invés de ele conseguir contrair e segurar a urina ele vai jogar para fora. Então ele vai perder mais urina.

Isso aumentou a pressão intra-abdominal e perdeu. Ensinar a contrair sempre, evitando um aumento dessa pressão intra-abdominal, evitando uma apneia, evitando parar, bloquear a respiração, esse é um treino que se faz, e a orientação é um treino simples, reproduzível.

Muitas vezes as pessoas questionam sobre a necessidade de sessões de fisioterapia semanalmente. Se possível, em casa, todos os dias, várias vezes ao dia. Agora com a fisioterapia, uma vez por semana, quando muito, duas vezes por semana, dependendo do grau, dependendo do cenário que o paciente apresenta, tem a toda a parte de deslocamento ou locomoção, se sabe como é em uma cidade grande, quem vai levar, ou seja, ele vai sozinho, ou se ele tem alguma outra limitação. Então isso é extremamente importante para se avaliar tudo para ensinar essa paciente.

Quanto mais se ensina o correto, melhor o paciente fará e fará bem feito. É preciso olhar também a parte cognitiva do paciente, se ele vai conseguir reproduzir ou se ele vem com algum cuidador ou algum familiar que possa cobrar isso para ele fazer de maneira correta.

O treinamento do assoalho pélvico com biofeedback, o aparelhinho ligado a um computador, na tela do computador e ao mesmo tempo ele tem uma ligação através de eletrodos intravaginais ou transdérmicos, perto da região do assoalho pélvico, que propicia o que, o paciente, em tempo real, vai fazer e observar na tela do computador, como é realizado esse treinamento, o que que ele tem que fazer, o que que é esse exercício que está todo mundo falando que tem fazer para melhorar.

Então uma forma objetiva, em tempo real e o paciente consegue observar se está fazendo direito, se é necessário melhorar, se relaxou ou não. O treinamento com o biofeedback dá esse retorno, essa retroalimentação que é o biofeedback em si, retorno da atividade em tempo real para o fisioterapeuta, para o paciente, tanto para conseguir observar melhor, orientar melhor e o paciente conseguir reproduzir melhor.

Fora isso fazer o exercício, colocá-lo na prática do dia a dia. Fazer a contração do assoalho pélvico, antes de aumentar a pressão intra-abdominal, fazer isso durante o seu treino. Para quem não faz treino funcional, fazer uma caminhada. Começar a colocar esse treinamento no dia a dia, para sentir que isso não é um problema e não vai tirá-lo. Mais importante é não tirar o paciente da rotina dele.

Além disso, nos casos de noctúria, de bexiga hiperativa, tem aumento na frequência, urgência a eletroestimulação do nervo tibial, então coloca-se eletrodo a melhor estimulação, a de baixa frequência e se coloca os eletrodos no trajeto do nervo tibial, o nervo tibial posterior projeta-se na mesma região sacral medular do centro sacral da micção.

É possível, através dessa eletroestimulação periférica não invasiva, através de corrente elétrica de baixa frequência, em média de 10 hertz, por meio de uma despolarização somática das fibras aferentes sacral e lombar. E com isso, acaba inibindo os neurônios motores parasimpáticos, ocorrendo uma diminuição da contração dos músculos detrusor, do músculo detrusor.

Com isso, há uma diminuição dos sintomas de hiperatividade detrusora, da hiperatividade do músculo da bexiga, que é músculo detrusor. A adesão ao tratamento vai depender de uma série de fatores, mas o mais importante é traçar um plano de tratamento para aquele paciente.

É observar individualmente os pacientes, ter contato com a equipe, com ginecologista, urologista ao geriatra, se for uma criança, ou o pediatra, para o pa-

ciente se sentir acolhido, o acolhimento é muito importante nesse momento, porque isso causa um impacto muito grande e ele sabendo que o fisioterapeuta, os médicos, o geriatra, o uro, o gineco, físió, todos se comunicam, se conhecem, e estão sabendo o que está acontecendo, como é que está sendo evolução, mudou o quadro, alterou alguma coisa, isso tudo dá um acolhimento grande para o paciente e aumenta o sucesso na redução na redução da incontinência urinária.

O papel dos fisioterapeutas no tratamento da IU

Médicos de várias especialidades atuam em parceria com fisioterapeutas no tratamento da incontinência urinária. Ao indicar um paciente para esses profissionais, há uma probabilidade muito grande de o problema não evoluir.

Alguns especialista indicam a fisioterapia mediante a apresentação da queixa de IU, observando, sempre, que não seja um quadro de infecção do trato urinário, ou que esse paciente não esteja com quadro infeccioso e que se trata ou quer seja uma bexiga hiperativa ou uma incontinência anatômica, no caso da bexiga hiperativa vai ter urgência, frequência, noctúria, e no caso da incontinência por esforço da anatômica, vai estar relacionada à perda com esforço físico, tossir, correr, etc.

Mulheres que dizem que pretendem engravidar, mulheres que praticam esportes, o profissional deve questionar sobre a atenção para o assoalho pélvico. Não havendo, o especialista as indica para o fisioterapeuta. Pacientes que necessitem de cirurgia também são indicadas à fisioterapia para aprenderem a recondicionar o ato da micção, para ter uma melhor resposta no pós-operatório e pacientes que chegam depois de uma cirurgia, também são indicadas para o fisioterapeuta.

O papel da fisioterapeuta, se avaliados em todos guidelines, todos os guias de tratamento entram em qualquer um dos tipos de incontinência, então o médico sempre acaba prescrevendo sempre o acompanhamento fisioterápico. Para fa-

zer esse tipo de tratamento em mulheres idosas é um grande desafio, pois, como explicar para ela, que existe um músculo, que precisa treinar. E como é que ela vai fazer esse biofeedback.

Algumas se saem bem, fazem melhor, mas tem outras que têm muita resistência. Há mulheres que questionam como vão introduzir isso na vagina, para fazer esforço? Outras relatam tantos anos que não têm relação e agora chega uma fisioterapeuta e um médico pedindo exercícios para a vagina.

Existe esse preconceito, por isso é muito importante saber com que profissional atuar, para quem indicar o paciente. Não é para qualquer um. A fisioterapia é uma indicação generalista, mas o profissional fisioterapeuta tem que ser muito bem capacitado, principalmente para atender as mulheres idosas, tem que ter um trato diferente, tem que entender ali o que vai motivar aquela senhora a querer melhorar.

Depende também muito do profissional explicar. Existem métodos que não precisam colocar um aparelho intravaginal, a maioria dos métodos hoje em dia não precisa fazer isso. Explicar para essa paciente previamente que ela vai colocar um eletrodo, igual aquele que faz medida de eletrocardiograma, vai precisar, e que isso vai fazer com que ela tome menos medicação.

Porque o paciente idoso reclama muito de ter que tomar outras medicações, além daquelas que ele já faz uso, ainda mais considerando a idade dele. Então quando o profissional explica que tem um método que não é invasivo, que o paciente vai melhorar, que não vai precisar colocar, que não vai ter dor, elas aceitam muito bem e elas tem um vínculo muito grande com a fisioterapeuta e, às vezes, elas estão até bem e que elas continuam querendo ir por causa do vínculo afetivo de dar atenção conversar e tudo mais.

A não genitalização da fisioterapia é importante. O fisioterapeuta vai aprender a técnica. No entanto, tem que fazer A mais B mais C. Pois as realidades são sempre diferentes. Quando chega uma senhora com atrofia vaginal, com dor,

com ressecamento, ela se recusa a colocar os dispositivos intravaginais.

Existe realmente um grau de recomendação muito elevado para os profissionais da medicina tratarem de incontinência urinária do adulto, seja a de esforço, seja a da bexiga hiperativa, com a fisioterapia. Nos algoritmos, nos guidelines, a fisioterapia é recomendada como primeiro nível de tratamento.

E essa recomendação deriva de duas situações: uma é que para algumas delas existe um bom nível de evidência que pode ajudar o paciente, mas, acima de tudo, porque ela não traz, ou raramente traz algum tipo de problema. Então, ao contrário, por exemplo, de um tratamento medicamentoso ou cirúrgico que com frequência pode se acompanhar de desconfortos e riscos. Então é nisso que se sustenta essa grande indicação da fisioterapia.

Então é importante particularizar quando se trata de incontinência urinária de esforço na mulher, todo profissional tem que discutir alternativa de fisioterapia, de forma bastante séria com o paciente, e profissionais são favoráveis em caso de mulher com incontinência urinária de esforço, que nunca tratou, fazer fisioterapia, independente se ela tem uma incontinência leve ou moderada severa, como uma primeira opção e quando esse é o único problema dela. Caso ela tenha um prolapso associado, o tratamento será um pouco diferente.

No caso da incontinência urinária masculina, de esforço, sempre tem que levar em consideração o momento que ela está acontecendo. Se ela é uma incontinência pós cirurgia de próstata, a fisioterapia vai muito bem nos primeiros meses. Principalmente se ela começar na primeira semana. Se o profissional vai oferecer fisioterapia depois de seis meses da cirurgia, as chances de que o paciente vai se beneficiar é muito pequena. Então isso tem que ser discutido com o paciente.

O papel dos profissionais médicos é expor as alternativas, especialmente num caso, de um problema que afeta, basicamente,

a qualidade de vida, mas se expõe as alternativas de forma honesta e transparente, quais são as opções que o paciente tem. As vantagens e desvantagens e os riscos da taxa de sucesso e o médico também dá a sua opinião, baseado naquilo que ele está vendo naquele paciente as particularidades daquele paciente, o que que ele acha que funciona melhor.

Em algumas situações o profissional tem que pensar em tratamento que é multimodalidade. Em se tratando de uma paciente idosa, que tem uma incontinência urinária mista, e você achar que a fisioterapia vai melhorar, essa paciente 80%, é irreal. Mas talvez ela melhore 20% 30%. Se fizer uma atrofia vaginal melhore mais 20%, tratar obstipação melhore mais 10% e, talvez, algum remédio melhore mais 15%. Então ela vai ficar 70% melhorada, então é importante ter isso dentro do contexto.

Os médicos têm que expor ao paciente todas as alternativas. Não é errado o paciente, numa primeira consulta, com uma incontinência urinária por esforço, decidir para ela que quer uma cirurgia. Ela entende os riscos e os desconfortos de uma cirurgia, mas ela não quer ter que ir duas vezes por semana a uma fisioterapia. Ela acha talvez que 50% de chance, que é chance aproximada, que ela vai ficar extremamente satisfeita com a fisioterapia, talvez pra ela seja insuficiente, ela quer a cirurgia. Então são várias coisas que a gente tem que considerar.

Conclui-se que a incontinência deve ser trata como tema interdisciplinar, com as multiparidades existentes nas mais diversas áreas da saúde, sendo observada e tratada por profissionais capacitados e que consideram o assunto como fator predominante para a qualidade de vida dos pacientes.

Embora seja uma conquista da sociedade, o aumento da população envelhecida gera alterações socioeconômicas e representa um dos desafios da saúde contemporânea, pois demanda atendimento necessário para o controle das patologias crônicas, além da manutenção da capacidade funcional e da qualidade de vida. 🐣